UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 20

DES

CYSTÉMATOMES MENSTRUELS

POSTOPÉRATOIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1913

PAR

Mme FARFELL née CHMIELNITSKY

Née à Melitopol (Crimée), le 2 Janvier 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, prof.-adj., *Président.*
GRANEL, professeur.
MASSABUAU, agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIÈRE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

DES

CYSTHÉMATOMES MENSTRUELS

OPÉRATOIRES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 20

DES

CYSTHÉMATOMES MENSTRUELS

POSTOPÉRATOIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1913

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

Mme FARFELL née CHMIELNITSKY

Née à Melitopol (Crimée), le 2 Janvier 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTIONMÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, prof.-adj., *Président.*
GRANEL, professeur.
MASSABUAU, agrégé. } *Assesseurs.*
EUZIÈRE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O ✲).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE(ch. des f)

Examinateurs de la thèse ;

MM. DE ROUVILLE, prof., *président.* | MM. MASSABUAU, *agrégé.*
GRANEL, professeur. | EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A Messieurs les Professeurs Agrégés

MASSABUAU et EUZIÈRE

M^me^ FARFELL.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PRÉSIDENT DU JURY

C'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse ; nons sommes heureuse de profiter de cette occasion pour lui témoigner notre profonde reconnais sance-

M^me^ FARFELL.

DES

CYSTHÉMATOMES MENSTRUELS

POSTOPERATOIRES

HISTORIQUE ET DÉFINITION

La question des kystes consécutifs à certaines opérations gynécologiques a été d'abord traitée au Congrès de Chirurgie de 1891 par M. Le Dentu dans son rapport sur « les suites éloignées de l'ablation des annexes dans les affections non néoplasiques de ces organes ».

Nous devons signaler encore les thèses de Baudron et de Noël.

Quelques années plus tard Claret a consacré sa thèse à l'étude « Des tumeurs kystiques intrapelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale pour lésions non cancéreuses ».

Ce n'est que quelques-unes de ces observations qui rentrent dans le cadre de notre travail. En effet, nous étudierons seulement les kystes à contenu hématique ou séro-hématique développés aux dépens des annexes ou

débris annexiels laissés dans le pelvis au cours d'opérations antérieures, qui ont été incomplètes ; formations kystiques auxquelles Dartigues a donné le nom de cystématomes menstruels post-opératoires; question au sujet de laquelle quelques observations ont été publiées par Daniel, Dartigues et Joannidis, Vignes et Géry, De Rouville et Arrivat.

A côté de ces kystes hématiques post-opératoires il faut faire une place au travail de Bœckel, relatif aux cystématomes d'origine ménorragique apparus sans qu'il y ait eu opération. Bœckel en a publié une observation très probante.

Dans notre travail nous ne nous occuperons que des cysthématomes post-opératoires et pour cela nous nous baserons sur deux sortes d'observations, les unes relatives à des cysthématomes consécutifs à des hystérectomies vaginales complètes ou incomplètes (observations de Claret, Le Dentu, Pozzi, Jayle, Baudron, Noël, Hahusseau), les autres relatives à des kystes hématiques consécutifs à des laparotomies pour annexectomie et hystérectomie abdominales (observations de Pozzi, Le Dentu, Ferrillon, Segond, Richelot, Dartigues, Faure, Chassat, Vignes, De Rouville et Arrivat).

Parmi les observations que nous publions plusieurs ne sont pas typiques, cependant elles présentent de l'intérêt en montrant tous les inconvénients que présentent les interventions annexielles incomplètes.

Quelques unes sont spécialement intéressantes, car elles sont accompagnées d'un examen histologique détaillé du cysthématome. Grâce à elles après avoir étudié l'étiologie, la symptomatologie et la thérapeutique de ces kystes hématiques menstruels post-opératoires nous avons

pu consacrer un chapitre à l'étude de leur anatomo-pathologie et de leur pathogénie.

L'observation de MM. De Rouville et Arrivat qui constitue la base de notre thèse est à ce point de vue d'un très grand intérêt car elle contient un examen histologique complet et absolument démonstratif.

ETIOLOGIE

L'ensemble des observations qui ont été publiées portent sur des femmes de 20 à 40 ans, femmes qui se trouvent par conséquent en pleine période génitale. La question de l'âge présente ici un intérêt tout spécial. Ce n'est pas par le fait du hasard et par pure coïncidence qu'il s'agit de femmes atteintes en pleine période génitale. C'est à ce moment, en effet, que la circulation sanguine du petit bassin est la plus active. Cela d'abord parce que les organes génitaux ont atteint leur complet développement physiologique ; cela aussi par le fait que les organes pelviens, par suite des grossesses antérieures, sont restés plus largement vascularisés. De plus, c'est l'âge où l'on constate fréquemment des inflammations annexielles dues à la blennorrhagie, ou dans d'autres cas reliquats d'infections puerpérales. Nous voyons d'ailleurs que dans la plupart des cas c'est à la suite d'une annexectomie que se développent les cysthématomes ; d'autre part, la plupart des malades ont eu une ou plusieurs grossesses. Enfin, au cours de l'intervention après laquelle s'est développé le cysthématome, on a trouvé chez toutes les malades des annexites plus ou moins prononcées et des ovaires présentant une tendance à la dégénérescence microkystique.

On trouve aussi chez la plupart de ces malades des

ménorragies, des métrorragies qui venaient s'ajouter aux symptômes annexiels. Quelquefois les malades présentaient des phénomènes congestifs intenses qui remplaçaient les époques absentes. Ce fait a été relevé par Dartigues dans une de ses observations et confirmé par un cas publié dans la thèse de Chassaut; chez la malade de Faure l'absence des règles a duré pendant huit mois, coïncidant avec le développement d'un kyste séreux intra-ligamentaire. Il faut donc faire une large place dans l'étiologie des cysthématomes aux phénomènes congestifs qui accompagnaient ou remplaçaient les règles au cours de la maladie qui a justifié la première intervention.

Ces divers points étiologiques peuvent être mis en relief en présentant sous forme de tableau les renseignements donnés dans les observations que nous publions.

Age : 31, 34, 25, 38, 32, 21, 28, 41, 28 ans.

1° *Malades ayant subi leur première opération pour inflammation annexielle* : Obs. I, IV, VI, IX, X.

2° Pour fibrome : Obs. III, VIII, XI.

3° Pour kyste : Obs. VII.

4° Pour grossesse extra-utérine : Obs II.

Chez la plupart, métrorragies.

En résumé, on peut dire avec Dartigues et Joannidis :

« Les cysthématomes menstruelles post-opératoires » paraissent devoir se développer chez des femmes arri- » vées à la moyenne de la vie génitale présentant des » lésions annexielles uni ou bilatérales ayant tendance à la » dégénérescence microkystique des ovaires et une cer- » taine propension au symptôme hémorragique dans » l'évolution clinique de leurs lésions. »

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La plupart des malades qui ont été atteintes des cysthématomes menstruels post-opératoires avaient été opérées pour des lésions utéro-annexielles très accentuées avec des nombreuses adhérences à l'épiploon, à l'intestin, etc... Il s'agissait soit de pyo-salpinx, de kystes ovariens suppurés, d'hydro-salpinx, de salpingite chronique, d'ovaires scléro-kystiques, de kystes ligamentaires. Chez aucune de ces malades on n'a constaté la présence du kyste ménorragique au moment de la première intervention ; soit qu'il s'agisse d'hystérectomie vaginale, soit qu'il s'agisse d'annexectomie ou d'hystérectomie par voie abdominale, dans aucun cas on n'avait constaté au cours de la première intervention la formation d'un kyste hématique.

Et pourtant le kyste s'est développé avec une telle rapidité qu'il n'a laissé que peu de répit à la malade, qui a vite recommencé à souffrir. D'abord ce sont les souffrances qui réapparaissent puis d'autres symptômes viennent se joindre à elles. Une ou plusieurs formations kystiques se développent et ont entièrement justifié une nouvelle intervention. C'est peu de temps après la première intervention que les malades viennent retrouver le chirurgien porteuses d'un kyste : 8 mois après dans la première observation ; 2 ans après dans la II^{e} ; 6 mois dans la III^{e} ; 5 ans dans la IV^{e} ; 2 ans dans la V^{e} ; 2 ans

dans la VI^{e} ; 4 mois dans la VII^{e} ; 1 an dans la VIII^{e} ; 3 ans dans la IX^{e} ; 3 mois dans la X^{e} ; 5 ans dans la XI^{e}.

En nous basant sur les observations les plus typiques on peut décrire la symptomatologie suivante pour les cysthématomes post-opératoires. Nous diviserons les symptômes en deux groupes :

1° *Symptômes fonctionnels et généraux.* – En premier lieu la douleur. Son siège est en général à l'hypogastre ; elle prédomine du côté où siège la tumeur. Son intensité est variable, d'abord c'est surtout une sensation de gêne, de tension, de douleur sourde ; la malade ne peut pas supporter de corset ; elle ressent une zone douloureuse au niveau de laquelle il semble y avoir du gonflement. Les douleurs deviennent de plus en plus vives et permanentes tandis qu'au début elles étaient ressenties surtout à l'époque des règles. D'ailleurs elles sont exacerbées à ces moments-là et chez certaines malades on voit chaque mois des crises de coliques violentes pouvant présenter des irradiations lombaires faisant croire à une lésion rénale comme chez la malade dont Dartigues et Joannidic ont relaté l'observation. Chez certaines malades les douleurs peuvent être vives au point d'interdire toute occupation et de rendre le repos au lit nécessaire.

Lorsque l'utérus a été conservé au cours de la première intervention on peut constater des métrorragies abondantes.

Les phénomènes d'ordre congestif se produisent d'une façon constante mais avec une intensité variable. Tantôt ce sont de simples malaises, une sensation de fatigue, de lassitude, des bouffées de chaleur. Dans d'autres cas il y a des étouffements des vertiges, de la congestion faciale, des vomissements.

La malade peut se plaindre de divers phénomènes dus à la compression, troubles digestifs, constipation opiniâtre pollakiurie, etc...

Tous ces symtômes présentent un caractère très particulier : leur périodicité. Douleurs hypogastriques, métrorragies, phénomènes congestifs apparaissent mensuellement persistent pendant quelques jours et s'atténuent ensuite pour laisser la malade jouir d'un repos relatif jusqu'au mois suivant.

2. *Signes physiques.* — En même temps que se manifestent les divers symptômes fonctionnels que nous venons d'enumérer une tumeur se développe. Et de même que les symptômes fonctionnels elle évolue par crises à chaque époque ; un accroissement brusque se produit puis la tumeur rétrocède jusqu'à la crise suivante. Cette évolution de la tumeur est très nette dans la plupart des observations mais principalement dans celle publiée par M. De Rouville et Arrivat qui notent que la tumeur avait diminué de volume depuis l'examen qui avait été pratiqué par le Dr Guivauden au moment de la crise.

De plus comme nous le voyons dans la plupart des observations pendant la crise la tumeur est douloureuse.

Le mode d'exploration qui va permettre de déceler la tumeur va varier suivant son siège. Si le kyste est haut placé il sera facile de reconnaître par la palpation abdominale la présence d'une saillie siégeant dans l'hypogastre soit à droite soit à gauche remontant plus ou moins haut suivant son développement parfois jusqu'à l'ombilic. Nettement délimitée d'une façon générale elle va être d'un volume variable suivant son degré de développement : un œuf, un à deux poings, une tête de fœtus ou même

d'adulte. Elle est régulière rénitente parfois même nettement fluctuante.

Lorsque la tumeur est très haut située le toucher vaginal peut ne rien déceler, mais d'une façon générale le toucher combiné au palper est la méthode d'exploration de choix. Si l'utérus a été conservé au cours de l'intervention initiale on peut le trouver repoussé du côté opposé par le kyste. Dans l'un des culs de-sac on va trouver la tumeur arrondie rénitente douloureuse à la pression pouvant être séparée de l'utérus par un sillon. Cette tumeur peut être légèrement mobilisable ou fixée par de l'empâtement et des adhérences. S'il y a plusieurs kystes il peut arriver que ce soit du côté opposé où siège la tumeur que l'on perçoit dans le cul-de-sac de l'empâtement ou une saillie rénitente. On pourra même sentir plusieurs petites saillies correspondant à autant de kystes.

En résumé une tumeur siégeant généralement dans l'hypogastre située latéralement de consistance rénitente ou même fluctuante augmentant par poussées ; Des symptômes généraux et fonctionnels d'ordre congestif évoluant par crises ; ces divers signes ayant comme caractère fondamental la périodicité mensuelle ; telle est la symptomatologie des cysthématomes.

« La symptomatologie du cysthématome menstruel post-opératoire, disent Dartigues et Joannidi, pourrait fort bien être mise en parallèle avec celle de l'hématomètre : le siège mis à part, c'est le même syndrome menstruel, et en somme le même mécanisme : le manque d'issue par les voies génitales, met l'ostacle au flux sanguin siégeant beaucoup plus haut, au sein des débris de l'organe qui en est le principal siège. En somme, il est, pourrait-on dire, des hématoophores, comme il est des hématomètres ».

Diagnostic. — D'après ce qui précède on voit qu'il ne présente aucune difficulté.

Une tumeur hypogastrique évoluant par des a-coups périodiques mensuels coïncidant à des crises fonctionnelles chez une femme qui peu de temps auparavant a été opérée le plus souvent pour lésion utéro-annexielle cela suffirait pour porter le diagnostic de cysthématome menstruel post-opératoire.

Un point sur lequel il faut insister c'est cette périodicité mensuelle et aussi ces douleurs sous forme menstruelle paraissant très peu de temps après l'opération initiale. Et cela même dans les cas où la malade ne vient que longtemps après subir une laparotomie itérative.

La seule difficulté qu'on puisse avoir au cours du diagnostic proviendrait de l'ignorance de ce qui a été fait au cours de l'opération initiale dans les cas où un kyste presque médian se développerait à la suite d'une hystérectomie abdominale subtotale. On pourrait croire dans ces cas-là à un hématomètre ou à une grossesse. Toutefois là encore le diagnostic pourra être fait et il est exceptionnel qu'on ne puisse avoir aucun renseignement sur la première intervention.

On ne saurait confondre un cysthématome avec un hématocèle post-opératoire. Dans ce dernier cas la tumeur se développe presque de suite après l'opération et est accompagnée de fièvre ; et, dans les cas où l'hématocèle s'étant enkysté ne serait perçu que longtemps après l'intervention, il lui manquerait néammoins cette périodicité mensuelle dans l'évolution, qui, nous l'avons vu, constitue le symptôme fondamental du cysthématome.

De même il ne saurait y avoir de confusion avec les diverses complications d'ordre infectieux qui peuvent se développer à la suite de l'intervention initiale.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic des cysthématomes menstruels post-opératoires est des plus graves et le chirurgien doit intervenir dès que le diagnostic a été posé.

En effet que va-t-il advenir de par l'évolution du kyste hématique. Les douleurs et les phénomènes généraux périodiques vont devenir de plus en plus aigus. Si les premiers temps la malade ne souffre qu'aux époques mensuelles bientôt s'installera une douleur chronique ne cédant jamais et s'exacerbant à chaque crise. La malade va devoir renoncer progressivement à toutes ses occupations pour garder continuellement la chaise longue et être impotente.

Mais ce n'est pas tout les kystes s'accroissent et leur paroi est mince ; elle peut se rompre au cours d'une des crises et le contenu va s'épancher dans la cavité abdominale formant un hématocèle pelvi-péritonéal.

Dans d'autres cas c'est la suppuration qui va pouvoir s'installer et alors c'est la rupture qui est à craindre avec comme conséquence la péritonite aiguë ou l'évacuation dans l'un des organes voisins, la septicémie chronique conduisant la malade à la mort.

Une autre complication est encore à envisager. Le kyste va en se développant entraîner la formation d'adhérences. Il va y avoir de la compression s'exerçant sur les organes abdominaux et troublant les fonctions intestina-

les. On a à redouter en conséquence de la constipation opiniâtre et même de l'occlusion intestinale.

Et d'ailleurs que peut-on espérer en attendant, la régression du ou des kystes ? Mais seule la ménopause pourrait l'amener et nous avons vu qu'il s'agit en général de femmes encore jeunes qui ont de nombreuses années à vivre avant d'en arriver à la ménopause, et nous avons vu aussi que l'évolution du kyste est rapide et se fait sans arrêts.

Donc il n'y a pas à espérer que l'opération puisse être évitée. La malade s'achemine vers les complications que nous avons signalées et qui assombrissent tant le pronostic des cysthématomes. Il faut opérer et il faut opérer le plus tôt possible ; il y a danger à attendre, même si rien ne fait prévoir de complications. Nous publions plus loin une observation de J.-L. Faure dans laquelle cet habile chirurgien dut renoncer à l'extirpation du kyste et dut se contenter d'ouvrir et de marsupialiser. De nombreuses et larges adhérences rendaient la dissection du kyste impossible. Or ces adhérences sont la règle « devant le kyste » s'accroissant et s'élevant dans l'abdomen, et refoulant » le tube digestif, se dresse un travail intensif de défense » péritonéo-intestinale, qui arrive à une agglomération » serrée et confuse des anses, faisant face à la tumeur » envahissante et la cerclant. (Dartigues et Joannidis » p. 49). »

Il faut donc intervenir ; quelle est l'opération de choix ? En 1891, Le Dentu conseille l'évacuation du kyste par dilatation utérine ; Terrillon à la même époque présenta deux observations de malades chez lesquelles il avait ponctionné le kyste. Mais cela se passait en 1892 on avait encore gardé pour les laparotomies le souvenir de la grosse mortalité que présentait cette opération avant

l'avènement de l'asepsie et d'ailleurs la technique était loin d'être arrivée à la perfection d'aujourd'hui.

Dans les observations plus récentes nous ne voyons plus de ces ponctions, sauf un cas dans lequel Richelot pratiqua une hystérectomie vaginale secondaire, il s'agit toujours de laparotomies itératives. C'est là la méthode de choix. Ce que l'on doit se proposer c'est l'extirpation totale du kyste quand cela est possible. C'est l'intervention qu'ont pratiquée MM. De Rouville (obs. I), Wiart (obs. II), Dartigues (obs. III et IV), Nassat (obs. V), Second (obs. VI), Jayle (obs. VIII), Second (obs. IX), Dartigues (obs. X). Et si J.-L. Faure (obs. VII) ne l'a pas pratiquée c'est parce que des adhérences ont rendu la dissection du kyste impossible.

Voici la marche thérapeutique que proposent Dartigues et Joannidis, et qui a été généralement suivie.

« On décidera d'intervenir chirurgicalement le plus tôt possible quand le diagnostic de cysthématome menstruel aura été posé : la périodicité des symptômes fonctionnels, la présence d'une tumeur à augmentations brusques mensuelles et la notion d'une opération antérieure sur les annexes suffiront à l'établir ; il faudra opérer le plus tôt possible à cause des complications à craindre : suppuration, rupture et surtout à cause des adhérences intestinales et épiploïques, tellement multipliées, tellement denses, tellement serrées qu'il en résulte un fouillis inextricable rendant l'opération singulièrement et d'autant plus périlleuse qu'elle sera retardée. Dans un de nos cas, la nappe épiploïque toute entière doublait le péritoine pariétal avec lequel elle faisait absolument corps, et les anses intestinales coalescentes formaient un véritable bloc, qu'il fallut dissocier avec une prudence extrême pour arriver jusqu'aux kystes que nous fûmes assez heu-

reux de pouvoir extirper en totalité : nous fûmes obligés de fortifier, par de petits surjets au catgut, l'intestin en plusieurs endroits, où il était fortement dénudé.

» Au moment de l'ouverture abdominale, on redoublera de précautions, parce que dans les laparotomies itératives on risque de blesser l'intestin, souvent adhérent à la face profonde de la cicatrice. Il n'est pas inutile, d'ailleurs, de réséquer dès le début cette cicatrice pour avoir une meilleure et plus linéaire réunion pariétale.

» Lorsque la dissection du kyste est impossible, la technique suivie par J.-L. Faure est très recommandable, la marsupialisation du kyste et son drainage à la Mikulicz mettant la malade à l'abri de complications et ne présentant presque pas de dangers ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

La pathogénie des cystématomes est liée au flux menstruel qui ne parvient pas à se faire jour au dehors et qui a persisté après une opération au cours de laquelle on a supprimé la majeure partie des annexes.

Sous l'influence de la congestion menstruelle les hémorragies se produisent dans les follicules de Graaf ou dans les microkystes pouvant déjà exister au niveau des débris ovariens. Ces hémorragies, en s'accumulant, finissent par former des kystes dont le volume peut être considérable. Telle est la théorie pathogénique qui avait été exposée déjà par Bœckel au sujet des kystes ovariens dénommés par lui mœnorragiques et dont il a publié l'intéressante observation que nous avons reproduite ici quoiqu'il ne s'agisse pas là des cysthématomes post-opératoires. Voici ce qu'a dit Bœckel à ce sujet : « Il a dû exister quelques lésions primitives inflammatoires de l'ovaire et de la trompe. » Cette première lésion, étant donnés les follicules, ne pouvait plus s'ouvrir, leur contenu à dû se déverser dans le sac de nouvelle formation De là cette augmentation brusque du volume, constatée chez la malade à chaque époque menstruelle. L'ovaire n'existe plus en apparence ; il est fondu dans la paroi de la tumeur et cependant continue à fonctionner. Sa fonction est tellement persistante et tellement vivace qu'elle survit en

quelque sorte à l'organe lui-même ou plutôt chaque parcelle de glande continue à sécréter des ovules.

Telle est la théorie pathogénique qui a été reprise en 1907 par Dartigues au sujet des cysthématomes post-opératoires. Cette pathogénie est entièrement conforme à l'évolution clinique et aux observations anatomo-pathologiques qui ont été faites.

Au point de vue clinique, nous avons insisté sur la périodicité menstruelle qui est la caractéristique même de l'évolution des cysthématomes. Nous avons montré la présence des symptômes congestifs analogues à ceux qui accompagnent la menstruation normale, tous symptômes conséquence de l'afflux sanguin qui ne trouvant pas d'issue se répand dans le stroma et le tissu cellulaire de reliquat organique. Ces symptômes fonctionnels périodiques, ces douleurs apparaissent par crise, coïncident avec des augmentations brusques des cysthématomes. Cette périodicité est un excellent argument en faveur de cette théorie pathogénique que vient encore confirmer l'examen de la tumeur. Macroscopiquement le kyste présente de nombreuses adhérences aux organes voisins. Les parois du kyste sont par endroits extrêmement minces, son contenu est plus ou moins rouge, parfois roussâtre ; il est constitué par du sang et on y trouve même parfois des caillots. La face interne de la paroi est lisse et par endroits, aux points épaissis, peut être papillomateuse.

Toutefois l'examen microscopique ne permet pas le plus souvent de préciser l'origine ovarienne du cysthématome. Il n'en est pas de même de l'examen histologique qui malheureusement est trop rarement rapporté dans les observations.

Dans l'observation de Vignes et Geri on voit que la paroi externe du kyste est fibreuse, que sa zone interne

est cellulaire, formée par des cellules, « tantôt grosses et claires, finement vacuolaires, tantôt plus petites et sombres ». En divers point de la paroi on trouve ici une fente correspondant à un petit follicule kystique, là une cicatrice du corps jaune, ailleurs des cellules lutéiniques qui formaient la paroi d'un petit kyste.

Dans l'observation de Dartigues et Joannidis l'examen du kyste pratiqué par le Dr Caraven donne des indications suivantes :

La première coupe est une coupe de trompe à peu près normale, autour d'elle on voit de nombreux vaisseaux et quelques ilots inflammatoires. A une des extrémités il y a des débris ovariques, on reconnaît des vieux corps jaunes, entourés de tissu ovarien normal, dans leur voisinage le tissu conjonctif était œdémateux par endroits, sclérosé à d'autres.

La deuxième coupe est formée par des couches stratifiées et concentriques de tissu conjonctif et avec parfois du tissu ovarien. Sur elle aussi on constate en un point de vieux corps jaunes.

Ainsi il s'agit bien des restes annexiels constitués par une trompe et des débris ovariens plus ou moins sclérosés.

Dans l'observation IV le kyste avait des parois minces et translucides épaissies en un seul point. C'est à ce niveau qu'ont été pratiquées les coupes qui ont servi à l'examen histologique En allant de dehors en dedans on trouve une première couche fibreuse présentant peu d'éléments cellulaires, puis doublant cette couche superficielle une zone épithélioide séparée de la cavité kystique par du tissu celluleux.

Les cellules constituant cette couche épithélioide sont de forme et de dimensions variables, tantôt arrondies,

tantôt polyédriques, fusiformes, puriformes ou encore étoilées.

En somme ces examens sont peu démonstratifs et ne portent qu'un faible appui à la théorie pathogénique de Dartigues. C'est là qu'apparaît le grand intérêt de l'observation de MM. de Rouville et Arrivat qui constitue la base de notre thése. Elle donnè en effet une étude histologique complète de cysthématome qui vient à l'appui de la théorie pathogénique. M. Massabuau qui signale non seulement les éléments caractéristiques du tissu ovarien : vaisseaux sinueux à paroi épaisse, cicatrice des corps jaunes, mais encore un kyste folliculaire largement ouvert dans la poche contenant des caillots sanguins, kystes dont la couche interne est formée par des cellules luténéiques de la thèque, grosses cellules claires, très serrées les unes contre les autres et sans tissu conjonctif dans leur intervalle ; Cette borne des cellules luténéiques assez épaisse dans les parties profondes du cul-de-sac folliculaire, disparaît progressivement et n'existe plus au niveau de son ouverture dans la cavité.

OBSERVATIONS

Observation première

De Rouville et Arrivat

Mme C. D..., âgée de trente-cinq ans, entre à la clinique gynécologique dans les premiers jours de mai 1912 pour des douleurs dans le bas-ventre. Jusqu'à son mariage (fin 1910), sa santé a toujours été parfaite ; réglée à douze ans, elle le fut toujours, jusqu'à cette date, modérément et sans douleur. Peu de temps après son mariage, quelques douleurs à la miction, vite disparues et tôt remplacées par un écoulement leucorréique verdâtre, tâchant et empesant le linge ; les règles deviennent plus abondantes et avancent de quelques jours ; insensiblement s'installent dans le bas-ventre des douleurs quasi-continues et dont le maximum siège dans les régions annexielle droite et hypogastrique médiane, avec irradiations dans les lombes et dans les cuisses ; ces douleurs présentent des exacerbations postmenstruelles. Les autres appareils sont sains ; les urines sont normales.

Le 15 juin, annexectomie double par le professeur agrégé Massabuau. Suites opératoires excellentes ; Mme D... quitte le service trois semaines plus tard en parfait état.

Elle y revient huit mois plus tard (février 1913). Elle

nous raconte alors que depuis l'opération, sa santé était parfaite ; elle n'avait plus éprouvé la moindre douleur dans le ventre ; elle n'avait plus vu ses règles, mais de temps en temps, et de façon fort irrégulière, apparaissait un écoulement sanguin très peu abondant. Le 1er janvier 1913 (un mois donc avant sa seconde entrée dans le service et huit mois après l'opération), brusquement éclate une violente douleur dans le bas-ventre, entraînant

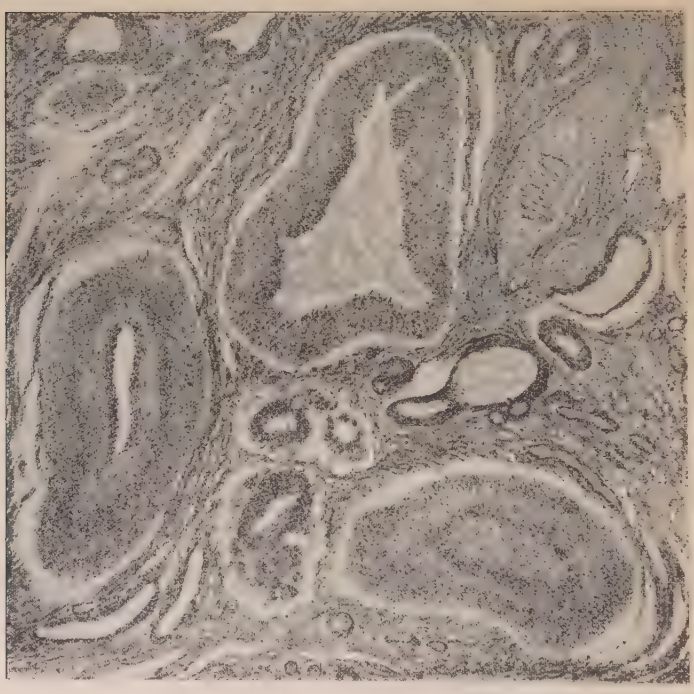

Fig. 1. — Fragment de tissu ovarien de la zone médullaire dans la paroi du kyste vaisseaux nombreux et à parois épaisses

un état lypothymique ; en même temps se produit une métrorragie importante. A ce début, d'une excessive acuité, fait suite un état douloureux chronique, dont le siège exclusif est le côté droit du bas-ventre ; de petites

métrorragies se montrent à intervalles irréguliers, pendant le mois de janvier, avec lesquelles coïncident des exacerbations de la douleur. Le toucher combiné montre un utérus de moyen volume, en antéversion mobile, et, sur le flanc droit de cet organe, une masse du volume d'un œuf de poule, arrondie, régulière, rénitente, douloureuse à la pression, légèrement mobilisable ; cette masse est séparée de l'utérus par un sillon que l'index devine

Fig. 2. — Parois du kyste montrant des restes de tissu ovarien : un kyste folliculaire à cellules lutéiniques ouvert dans la cavité ; une cicatrice de corps jaune.

plutôt qu'il ne s'y engage, car des adhérences paraissent unir utérus et tumeur assez intimement. Un schéma des lésions qu'avait bien voulu m'adresser, en même temps que la malade, notre confrère le Dr Guirauden (de Cette), correspondait exactement à la description qui précède, avec cette différence, soigneusement notée par ce dernier

au cours de l'évolution clinique, que la tumeur était, au début, plus volumineuse, très douloureuse, et complètement immobilisée par infiltration des tissus voisins.

Après examen de la malade, M. de Rouville formule le diagnostic de « cystématome menstruel postopératoire ». Il se base sur la nature de l'intervention antérieurement pratiquée, sur l'existence de métrorragies déjà notées, en semblables circonstances, par Bœckel, Terrillon, Richelot, sur l'apparition brusque d'une douleur à exacerbations assez régulières, et nettement localisée dans la région juxta-utérine droite, sur le développement en cette même région d'une tuméfaction rénitente et douloureuse. L'intervention devait démontrer la justesse de ce diagnostic. L'examen anatomo-pathologique ne devait laisser aucun doute sur l'origine ovarienne du cysthématome.

Le 15 février 1913, laparatomie sous anesthésie à l'éther, goutte à goutte ; on aperçoit immédiatement, flanquant l'utérus à droite, une tumeur du volume d'une mandarine, noirâtre, fluctuante ; cette tumeur, collée à l'utérus, le surplombe légèrement ; deux anses grêles adhèrent à sa face postérieure ; on décolle ces anses non sans peine, et comme cette manœuvre les a dépéritonisées, on les repéritonise à « la Lembert ». Hystérectomie subtotale de droite à gauche. Fermeture du ventre à 3 plans sans drainage. Guérison rapide sans incidents.

La pièce enlevée était constituée par l'utérus, de moyen volume, flanqué sur son bord droit d'une masse kystique, plus volumineuse que lui, à reflets noirâtres et ardoisés. Il s'est écoulé de cette masse, après incision, un liquide hématique roussâtre ; des adhérences péritonéales l'entouraient.

L'examen macroscopique ne permet pas de préciser l'origine ovarienne tubaire ou péritonéale de cet héma-

tome. Il n'en est pas de même de l'étude histologique de la pièce pratiquée par M. le professeur agrégé Massabuau, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

« La paroi du kyste est formée par deux couches successives : *A*. Une couche interne, dans laquelle on reconnaît des éléments caractéristiques du tissu ovarien : 1° des vaisseaux à parois très épaisses, à contour sinueux, dont la lumière est plus ou moins oblitérée par des thromboses, et qui représentent des vaisseaux de la partie centrale de l'ovaire, voisine du hile ; 2° une cicatrice de corps jaune, hyaline, et ne renfermant plus d'éléments circulaires ; 3° un petit kyste folliculaire, largement ouvert dans la poche ; dans sa lumière on voit des caillots sanguins dont quelques-uns sont adhérents à sa face interne. Sa paroi est formée de deux couches concentriques : *a*) une couche interne, irrégulière et constituée par des cellules lutéiniques de la thèque, grosses cellules claires, très serrées les unes contre les autres et sans tissu conjonctif dans leur intervalle ; cette lame de cellules lutéiniques assez épaisse dans la partie profonde du cul-de-sac folliculaire, disparaît progressivement et n'existe plus au niveau de son ouverture dans la cavité ; *b*) une couche fibreuse qui se continue progressivement avec le tissu ovarien.

« *B*. En dehors du tissu ovarien, la paroi de la poche est formée par un tissu conjonctif dense, disposé en strates concentriques et très pauvre en cellules ».

Observation II

Vignec et Géri

Transformation kystique d'un ovaire conservé après une ablation d'annexes

Mme P., soignée au début de son mariage pour une infection génitale aiguë, présente brusquement le 21 décembre 1910 les signes d'une grossesse tubaire rompue, elle est opérée par M. Woimant, qui lui enlève les annexes d'un côté, la trompe seulement de l'autre et au cours de la péritonisation rapproche de la corne utérine l'ovaire restant. Après divers incidents et en particulier une éventration, la malade sort de l'hôpital en avril ; elle présente des troubles de ménopause artificielle qui disparaissent en juillet avec le rétablissement de la menstruation. Elle voit dès le mois d'août des métrorragies extrêmement prolongées. Tant pour l'éventration que pour ces pertes, elle vient trouver en septembre 1912, M. Wiart qui lui fait une hystérectomie subtotale. Depuis, Mme P... présente des signes de ménopause sans que « ça la rende malade » et de la congestion mammaire menstruelle.

Nous vous présentons les coupes de son utérus et d'un volumineux kyste hématique développé aux dépens de l'ovaire. Au niveau de l'utérus il existe des lésions d'endométrite, de l'épaississement de la muqueuse, de l'allongement irrégulier des glandes, sans tendance bien marquée à la formation de kystes. Le muscle utérin est sensiblement normal.

La paroi externe du kyste est fibreuse. La zone interne est formée d'un revêtement cellulaire absent par places. Ces cellules sont tantôt grosses et claires, finement vacuolaires, tantôt plus petites et sombres. On note de petits capillaires. Sur un point de la paroi il y a une fente

qui correspond à un petit follicule kystique aplati par le kyste hématique. En un autre point, on note une cicatrice de corps jaune. La coupe est bordée en un endroit d'une rangée de cellules présentant les caractères d'un corps jaune, et qui formait vraisemblablement la paroi d'un kyste rompu au cours de l'opération. Enfin on trouve un canal à épithélium cylindrique, non cilié, sans franges, à paroi fibro-musculaire assez bien différenciée.

Observation III

Dartigues et Joannidis.

Laparotomie pour kyste hématique secondaire à une hystérectomie générale. Extirpation totale du kyste. Guérison.

Il s'agit d'une malade opérée une première fois le 10 novembre 1907 par le professeur Vertheirm, de Vienne, d'un myôme utérin par la voie vaginale. Cette opération fut difficile à cause de l'extirpation des annexes gauches, englobées dans les adhérences d'une vieille périmétrite. Ce ne fut qu'après l'extirpation totale de l'utérus et des annexes droites que l'opérateur réussit à enlever les annexes gauches.

Quelques mois après l'opération, la malade éprouve des douleurs parfois atroces siégeant surtout du côté gauche et s'irradiant spécialement dans la région rénale, ce qui fit penser à une lésion du rein. On fit la cystoscopie et le cathétérisme des uretères, mais ils ne présentèrent rien d'anormal.

A l'examen gynécologique on trouve une tumeur kystique siégeant au niveau du moignon vaginal et à son côté gauche.

A cause des douleurs irradiées surtout dans la région

lombaire gauche, on fit de nouveau, par surcroît de précautions, une cystoscopie et un cathétérisme des urétères qui firent constater le rein droit normal ; mais le rein gauche donnant issue à des urines troubles. L'examen chimique et microscopique fit constater seulement des cellules épithéliales.

Le 6 juillet 1908 on fit une deuxième opération, une laparotomie cette fois-ci. A l'ouverture du ventre, on tomba tout de suite sur une tumeur kystique, siégeant sur le pédicule ligamentaire gauche avec de fortes adhérences à l'anse sigmoïde.

Au cours de l'intervention le kyste fut crevé et donna issue à un liquide séro-sanguinolent.

La paroi interne de ce kyste avait un aspect papillaire. Malgré les adhérences et les grandes difficultés opératoires, on parvint à extirper totalement le kyste.

Dix-huit jours après l'opération, la malade sortait complètement guérie de la clinique du professeur Wertheim,

Entre la première et la deuxième opération, la malade qui avait une absence totale d'écoulement sanguin, comme après toute castration utéro-annexielle, éprouvait en même temps que ses violentes douleurs abdominales irradiées à la région lombaire, une sensation de pléthore correspondant aux dates anciennes de ses règles. Cet état pléthorique était marqué par des céphalées, vertiges, lassitude, fatigue lombaire, congestion et picotement des seins.

Voici, d'après le docteur Carowen, le résultat de l'examen histologique pratiqué sur un fragment prélevé sur les parois kystiques de la poche sanguine.

Coupe A. Colorée à l'hématoxyline et à l'éosine. On constate sur cette coupe trois régions distinctes : une centrale tubaire, une ovarique, une graisseuse.

1° Région centrale. — C'est une coupe de trompe. La cavité est un peu dilatée, les franges peu abondantes et peu villeuses, elles sont revêtues de cellules cylindriques ciliées, disposées sur un seul rang et normales ; par places, on remarque des pseudo-glandes tubaires. La paroi musculo-conjonctive n'offre rien de bien spécial ; autour de la trompe, de nombreux vaisseaux, dont quelques-uns sont entourés par des tout petits îlots inflammatoires avec prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif. En somme, pas d'infection tubaire, lésions très légères ;

2° A une extrémité de la coupe on note des débris ovariques. On reconnaît de vieux corps tannés fibreux entourés du tissu fibroplastique provenant de l'ovaire ; par places, le tissu conjonctif voisin est lâche, œdémateux, par places, au contraire, il est sclérosé et offre l'aspect de certains fibromes avec plusieurs infiltrats sanguins.

3. A l'autre extrémité de la coupe on trouve une nappe de tissu graisseux banal.

Coupe B. Colorée à l'hematoxyline éosine. Elle est constituée par des couches stratifiées de tissu conjonctif, disposé en strates concentriques, séparés par des couches plus minces, d'un tissu très cellulaire, à cellules fusiforme, ayant la texture des tissus ovariens.

De nombreux vaisseaux parallèles.

Au niveau de la partie renflée de la coupe il existe un vieux corps jaune. Sur les bords de la coupe on ne constate aucun point d'épithélioma.

En somme il s'agit de restes annexiels constitués par une trompe et des débris ovariens qui lui adhèrent, débuts ovariens ayant une tendance générale à la sclérose.

Observation IV

Dartigues (résumée).

Laparotimie itérative pour trois cysthématomes consécutifs à une hystérectomie abdominale. Extirpation des kystes, Guérison.

Malade de 31 ans atteinte des lésions annexielles aiguës d'origine gonococcique, est opérée d'une colpotomie postérieure qui reste blanche.

Le professeur Jeannel après un traitement antiphlogistique pratique une hystérectomie abdominale totale en laissant une partie des annexes adhérentes. Cela est antérieur de 5 ans. A la suite, aucune espèce de pertes, mais douleurs périodiques durant 7 ou 8 jours siégeant dans le bas-ventre et le côté gauche de l'hypogastre. Il y a un an à la suite de fatigue la malade a eu une crise douloureuse surtout marquée à gauche, qui l'a obligée à garder le lit.

En février 1907 la malade sent le côté gauche un peu plus douloureux et il lui semble que son abdomen augmente de volume. A l'examen on constate une tumeur kystique saillante au niveau de l'ombilic et un empâtement au niveau du Douglas.

Opération le 10 mars 1907. On trouve un premier kyste de la grosseur de 2 poings qui s'étant crevé, laisse échapper un liquide brunâtre, sanguinolent. On trouve ensuite un deuxième kyste inclus dans le ligament large gauche à paroi très mince et contenant un liquide séro-sanguinolent.

Hydrosalpinx à droite. Enfin au fond du Douglas kyste de la grosseur d'une orange à contenu séro-sanguinolent.

Extirpation de tout le kyste et de l'hydrosalpinx. Guérison.

L'examen histologique de l'un des kystes a été pratiqué par Bender.

Pièces fixées au formol, puis incisées. Ecoulement d'un liquide séro-sanguinolent. La paroi mince et translucide est épaissie en un seul point sur l'étendue d'une pièce d'un franc. Cette saillie incisée présente un aspect alvéolaire dont les mailles renferment une substance gélatineuse demi-soluble.

L'examen histologique des coupes de ce fragment montre à un faible grossissement la paroi kystique formée par une couche fibreuse qui du *côté* de la cavité s'infiltre, se désagrège et ne présente aucun revêtement épithélial régulier. Au fort grossissement on voit que la couche externe est constituée par des travées fibreuses présentant peu d'éléments cellulaires ; vaisseaux sanguins et lymphatiques, travées celluleuses dissociées par une infiltration œdémateuse interstitielle.

Doublant cette couche superficielle, on trouve une zone d'épaisseur variable, d'aspect épithélioïde séparée de la cavité kystique par une zone celluleuse. Cette couche est formée par des cellules de dimensions et de formes variables avec un corps protoplasmique opaque finement granuleux, coloré en violet pâle, à l'hématéine et éosine. Le noyau arrondi et ovalaire parfois volumineux fixe avec intensité le colorant. En certains points, ces cellules sont assez irrégulièrement polyédriques tassées les unes contre les autres dessinant une sorte de mosaïque ; on croirait à ce niveau qu'il s'agit d'une couche épithéliale compacte, mais ailleurs, on voit ces éléments se dissocier, s'écarter les uns des autres. Ils sont alors séparés par une substance semi-liquide et on assiste à des variations des formes infinies. On trouve des cellules fusiformes, d'autres arrondies, d'autres renflées à l'une de leurs extrémités,

en forme de poire, d'autres, enfin, plus ou moins régulièrement étoilées, avec de longs prolongements s'unissant avec des prolongements similaires émanés des cellules voisines.

On trouve toutes les formes de transition entre les cellules du type franchement conjonctif et des cellules épithélioïdes précédemment décrites et d'ailleurs leurs réactions vis-à vis les colorants sont identiques.

Au milieu de ces éléments, on trouve des capillaires sanguins en assez grande abondance. En de très nombreux points ces cellules sont frappées de nécrose complète se liquéfient et le fond de la préparation est formé par un tissu granuleux, au milieu duquel se reconnaissent quelques rares éléments conservés et qui va s'effritant jusqu'à la cavité kystique.

Ailleurs en des points où les éléments sont mieux conservés, on rencontre à leur face profonde une nouvelle couche conjonctive plus lâche que celle que nous avons décrite à la partie superficielle. Cette couche est en dégénérescence granuleuse et elle se désintègre progressivement jusqu'à la cavité du kyste où elle n'est plus présentée que par de minces filaments flottants entièrement nécrosés.

Observation V

Chassat (résumée)
Laparotomie pour kyste cysthématome consécutif à une hystérectomie abdominale totale.

Malade de 34 ans, règles très douloureuses accompagnées d'abondants vomissements. Mariée à 23 ans. Deux enfants. La malade est réglée pendant les 4 premiers mois de deux grossesses. Après le premier accouchement

les douleurs sont devenues plus vives et se sont encore exagérées après la seconde grossesse.

La malade est opérée en septembre 1904 par le Dr Robin Massé.

Ablation de l'ovaire droit et de la moitié du gauche.

En 1906 pertes blanches, peu de sang au moment des époques, phénomènes congestifs très marqués, tiraillement, douleur et pesanteur dans le flanc gauche.

Le 20 novembre, examen. Utérus gros. Cul-de-sac gauche douloureux. Ovaire gauche augmenté de volume. Le palper abdominal montre du côté gauche une tumeur de la grosseur d'une orange. Le 12 décembre laparotomie. Ablation de l'utérus et du kyste sis à gauche, gros comme une orange.

Suites normales et guérison.

Examen de la pièce : Paroi mince recouverte dans certains endroits d'une couche plus dense et moins brillante. A l'intérieur, liquide séro-sanguinolent. Pas d'examen histologique.

Observation VI

Segond *in* thèse de Chassat (résumée).

Laparotomie itérative pour kyste hématique secondaire à une ablation totale des annexes gauches et résection partielle de l'ovaire droit. Ablation du kyste. Annexectomie droite et guérison.

Malade de 25 ans a subi il y a deux ans en Amérique une ablation des annexes gauches et résection partielle de l'ovaire droit. Après cela les règles sont revenues douloureuses accompagnées parfois de poussées de pelvi-péritonite.

Le 22 mars 1909 Segond fait une laparotomie itérative trouve au milieu d'adhérences un kyste hématique uniloculaire gros comme le poing.

Ablation complète du kyste et des annexes. Suites normales. Guérison.

Observation VII

J.-L. Faure (Résumée)

Ponction et marsupialisation d'un énorme kyste hématique consécutif à une hystérectomie abdominale subtotale

Malade de 38 ans, réglée à 15 ans, a présenté à deux reprises un arrêt des règles durant plusieurs mois avec gonflement abdominal. En avril 1906, J.-L. Faure pratique une hystérectomie abdominale subtotale pour kyste séreux intraligamentaire avec ablation des annexes.

Quatre mois après la malade voit son ventre augmenter de volume principalement du côté droit. Faure pratique une laparotomie itérative, trouve un énorme kyste dont la ponction donne lieu à un écoulement de liquide séro-sanguinolent.

Ne pouvant disséquer la poche, Faure la marsupialise.

Observation VIII

(Jayle. Résumée)

Laparotomie itérative après hystérectomie abdominale subtotale. Ablation d'un ovaire contenant un gros kyste hématique

Malade de 32 ans. Utérus fibromateux en rétroversion et rétroflexion.

Le 22 octobre 1901, Jayle pratique une hystérectomie sus-vaginale avec ablation des annexes gauches et de la trompe droite, suites normales.

Examen des pièces. Utérus fibromateux, globuleux, présentant un kyste hématique et deux kystes séreux.

La malade revient en novembre 1902 pour éventration. Au cours de l'opération, pratiquée le 29 novembre, Jayle constate la présence d'un kyste hématique appendu à l'ovaire droit qui est scléreux. Ablation. Suites normales. Guérison.

Examen de la pièce. Ovaire scléreux, présentant 3 kystes séreux et un kyste hématique à parois très minces du volume d'une noix.

Remarque. L'ovarite hématique ayant tendance à la bilatéralité, l'existence d'un ovaire hématique au cours d'une hystérectomie justifie l'ablation de l'autre ovaire même s'il paraît sain.

Observation IX

Chœstat (résumée)

Malade de 31 ans, réglée à 17 ans.

A 21 ans, douleurs abdominales, laparotomie, cautérisation de l'ovaire pour de tout petits kystes, raconte-t elle. Six ans après, en 1905, recommençant à souffrir elle subit une hytérectomie abdominale au cours de laquelle on ne peut enlever en totalité les annexes droites. Guérison.

Très peu de temps après, la malade recommence à souffrir du côté droit, douleurs mensuelles, vomissements, crises de nerfs. En 1908, elle sent une grosseur du côté droit au niveau de l'ovaire. Il y a là une tumeur du volume d'un poing, douloureuse à la pression.

Opération le 26 décembre 1908. M. le professeur Segond fait une laparotomie et tombe au milieu de fortes adhérences sur un kyste uniloculaire qui est extirpé. Suites normales ; quinze jours après la malade recom-

mence à souffrir. Elle a, dit-elle, une sensation de gonflement au niveau de l'ovaire droit. M. le professeur Segond l'examine et décide une nouvelle intervention.

Examen sous le chloroforme, on ne trouve plus de tumeur. On renonce à l'opération. Quelque temps après la tumeur réapparut, surtout perceptible au toucher. Examen sous le chloroforme, la résolution musculaire entraîne la diminution de la tumeur. Colpotomie. Evacuation de deux cuillères à café de sang poisseux. La malade guérie de sa colpotomie recommence à souffrir. Apparition d'une nouvelle tumeur. On pense qu'il s'agit d'une grosseur nerveuse et on conseille à la malade d'aller à Dax.

Observation X

Dartigues (résumée)

Laparotomie itérative après annexectomie unilatérale et résection partielle d'un ovaire pour deux kystes sanguins consécutifs. — Hystérectomie abdominale fatale. — Guérison.

Malade de 28 ans, réglée à 14 ans, règles irrégulières et avec retard variable. Pendant les périodes où les règles sont absentes, ballonnement du ventre, douleurs iliaques, vertige, augmentation du poids de 10 à 15 kg. Les règles sont surtout irrégulières en hiver. Depuis l'âge de 17 ans, coliques hépatiques et néphrétiques. La malade se marie à 22 ans, les règles deviennent plus régulières. Elle accouche à 25 ans d'un enfant né prématurément.

Après l'accouchement la malade souffre davantage surtout dans la fosse iliaque gauche. Après différents traitements médicaux on décide une intervention. Opération le 17 février 1907. Laparotomie, utérus normal, annexes gauches malades et adhérentes. L'ovaire présente de

nombreux kystes. Annexectomie gauche. Résection partielle de l'ovaire droit.

Malgré l'opération les douleurs persistent surtout à droite ; les souffrances devenant plus vives, la malade revient se faire opérer. Elle a une grosseur du côté droit facilement perceptible par le toucher bimanuel. Le 29 mai 1907, M. Dartigues pratique une laparotomie itérative, et extirpe du côté droit un kyste sous-tubaire d'origine ovarienne. Ce kyste du volume d'une mandarine contient de la sérosité sanguine lente. Guérison.

Observation XI

Chassot (résumée)

Laparotomie pour cysthématome secondaire à une hystérectomie vaginale

Malade de 42 ans, réglée a 17 ans, mariée à 18 ans, prémier accouchement un an aprés, suites de couches normales. A 20 ans, forte hémorragie suivie de pertes abondantes qui l'obligent à garder le lit pendant un mois. Nouvel accouchement à 21 ans, présentation par les pieds, la malade fut blessée au cours de l'accouchement et eut dans la suite des hémorragies abondantes puis tout rentra dans l'ordre après une série de cautérisations. 8 ans après la malade est opérée d'un kyste hydatique du foie, un second kyste est enlevé quelques années après. A 36 ans, la malade subit une hystérectomie totale par voie vaginale pour un fibrome, suites normales. La malade sort guérie de l'hôpital et se porte bien pendant 8 ans, toutefois, à l'époque des règles, il lui semblait que son côté gauche était tendu et douloureux.

En février 1908, aú cours de ses crises douloureuses, la malade trouve du côté gauche une grosseur du volume

d'un œuf. Le mois suivant, nouvelle crise douloureuse, la grosseur semble avoir augmenté, cependant la malade n'y attache pas une grande importance, habituée à ressentir des malaises à l'époque des règles, toutefois, la douleur augmentant au lieu de diminuer et la forçant bientôt à garder le lit, la malade entre à l'hôpital Péan pour se faire opérer.

A la palpation, on trouve une tumeur fixe de la grosseur du poing. Cette tumeur est moite à la percussion.

Ce 24 juillet 1908, laparotomie. On trouve un kyste de la grosseur d'un poing. La ponction donne issue à un liquide séreux d'abord rougeâtre ensuite. Ablation du kyste. Suites normales. Guérison. L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit bien d'un cysthématome.

Observation XII

Bœckel (résumée)
Kystes ménorragiques, interventions diverses ; mort

Malade de 28 ans, depuis 6 mois sujette à des crises, des vomissements, des douleurs abdominales apparaissant sans motif. La malade est régulièrement réglée, depuis qu'elle souffre, perd abondamment.

Bœckel constate la présence d'une tumeur rénitente, située dans le flanc gauche, ayant le volume d'une tête d'adulte : le toucher vaginal ne fait constater des saillies dans aucun cul-de-sac. Deux ponctions successives pratiquées à un mois d'intervalle donnent issue à un liquide demi-épais de couleur chocolat. Peu de temps après, récidive et apparition d'un nouveau kyste de l'autre côté.

A chaque époque menstruelle les kystes sont douloureux et augmentent de deux à trois travers de doigts

Deux nouvelles ponctions sont faites toujours suivies d'une injection iodée, la suppuration s'installe. Bœckel fait une laparotomie avec marsupialisation du kyste qui est suivie de mort.

A l'autopsie, on trouve un kyste gauche contenant des caillots et un liquide chocolat.

L'examen microscopique pratiqué par Villemin montre la présence d'ovules dans la paroi du kyste.

Le kyste gauche est multiloculaire, une des loges contient du sang.

CONCLUSIONS

I. Les cysthématomes menstruels post-opératoires sont à rapprocher des kystes ovariques ménorragiques signalés autrefois par Bœckel.

II. Ils surviennent généralement chez des femmes en pleine période génitale à tempérament sanguin et qui, par suite, de leur passé gynécologique ont dû subir une opération annexielle.

III. Leur caractère clinique est la périodicité menstruelle et la croissance par à-coups.

IV. Leur diagnostic est aisé dans la plupart des cas.

V. Leur pronostic est sérieux à cause de l'infection de la rupture avec inondation possible et à cause des adhérences.

VI. Le traitement qui s'impose est l'extirpation par voie abdominale.

VII. L'examen histologique montre nettement leur origine ovarienne.

VIII. En conséquence, au cours d'une hystérectomie il faut faire l'ablation complète des ovaires, chaque fois que leur état ou bien le tempérament de la malade peut faire prévoir dans la suite la formation d'un cysthématome.

BIBLIOGRAPHIE

Bœckel. — Gazette Médicale de Strasbourg, 1861, p. 79.

Le Dentu. — Suites éloignées de l'ablation des annexes dans les affections néoplasiques de ces organes. Rapport au Congrès français de chirurgie de 1891.

Ferrillon. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus pour inflammation de ces organes. Congrès français de chirurgie, 1891.

Hahussau. — Déformations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes. Thèse de Paris, 1891.

Baudron. — De l'hystérectomie vaginale appliquée en traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes. Thèse de Paris, 1894.

Claret. — Des tumeurs kystiques intrapelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale pour lésions non cancéreuses. Thèse de Paris, 1896.

Dartigues. — Des productions kystiques intraligamentaires consécutives à l'hystérectomie abdominale. Bulletin de la Société d'Internat, 1907.

— Cysthématomes menstruels post-opératoires. Bulletin de la Société d'Internat, 1908.

Jayle. — De l'hématocèle par rupture de petits kystes hématiques de l'ovaire. Presse Médicale, avril 1909.

Chassat. — Des cysthématomes menstruels. Thèse de Paris, 1909.

Vignes et Gery. — Transformation kystique d'un ovaire conservé après ablation d'annexes. Société Anatomique de Paris, mars 1913.

De Rouville et Arrivat. — Un cas de cysthématome menstruel post-opératoire. Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie, juin 1913.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 juillet1913.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.